

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 166

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Nicole, Louise, Antonine VALDES - MARSEILLE

Née le 8 Décembre 1927 à St-MAURICE (Seine)

présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS VILLEUSES
DES COLONS**

Président : Monsieur SENEQUE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Nicole, Louise, Antonine VALDES-MARSEILLE

née le 8 décembre 1927 à St-Maurice
(Seine)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--



CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
TUMEURS VILLEUSES DES COLONS

--

Président : Monsieur SENEQUE (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY, CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD, HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL, TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu MENEGAUX
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUENU
	Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

MM.

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY JUSTIN-BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLERY RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.

MM.

Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J.	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Ana.Path.			
Bactério- logie			
Biol. Méd.			
Chimie méd.		Pat.expéri- ment.	
Dermato-syph.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal.infect.			
Médecine)		Path.Med.	
légale et			
du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtal- mologie)		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngol.)		Physiol.	
Parasito.			
Parasito.col.		Physique)	
		Médicale)	
Pat. chir.		Pneumo-phtis.	
		Psychiatrie	

MM.

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

Clin.Chir. { AMELINE
 { HUGUIER
 { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique } { ECALLE
 obstét. } { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

Urologie N...
 Clinique Méd. { DREYFUS
 { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mes Parents

A ma Soeur

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur J. SENEQUE

Professeur de Thérapeutique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard
Membre de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

Monsieur le Docteur P. OURY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Médecin Chef de l'Etablissement National
des Convalescents de Saint-Maurice
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire
profiter de son enseignement,
nous inspirer cette thèse
et nous guider de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse gratitude.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES
TUMEURS VILLEUSES DES COLONS

- 2 -

INTRODUCTION

-:-

L'étude des tumeurs villeuses constitue une des pièces maîtresses de la pathologie rectale. La place que ces tumeurs occupent ne relève pas de leur fréquence qui est toute relative, mais des problèmes anatomo-cliniques qu'elles soulèvent et de leur situation entre le cancer d'une part et les adénomes d'autre part.

C'est à partir de 1920 que les travaux de Raoul Bensaude et de son école ont fait véritablement le point de cette question.

La remarquable thèse de Lambling (1928) donne des tumeurs villeuses du rectum une description dont se sont inspirés tous les travaux ultérieurs.

On aurait pu penser en effet que cette néoformation villeuse était propre à la muqueuse rectale, mais quelques années plus tard les tumeurs villeuses de l'estomac, de nombre encore plus restreint et de diagnostic plus malaisé, commencent à être décrites.

Entre ces deux localisations, rectale d'une part et gastro-duodénale d'autre part, un large hiatus restait béant. C'est alors que paraissent à leur tour les premières observations de tumeurs villeuses du côlon.

Ainsi donc, tout au long de la muqueuse digestive peuvent se manifester les tumeurs

villeuses, en leurs localisations

- rectale, la plus fréquente,
- gastro-duodénale plus restreinte,
- colique très rare.

Comme dans le problème de toutes les tumeurs, aucun facteur étiologique ne permet de donner une explication à cette déviation si particulière de la morphologie muqueuse.

Dans ce très intéressant problème de pathologie générale que représente la transformation villeuse des muqueuses digestives, notre but sera fort modeste.

Sur les conseils bienveillants du Professeur Sénèque et de P. Oury, nous rapporterons ici quelques observations inédites de tumeurs villeuses coliques.

Après un court rappel des tumeurs villeuses rectales et gastriques, nous nous efforcerons d'apporter le schéma clinique, radiologique et évolutif des tumeurs villeuses coliques.

Le diagnostic clinique est impossible étant donné la banalité des symptômes, le diagnostic radiologique est un diagnostic de suspicion qui permet d'aller plus loin vers l'hypothèse d'une tumeur bénigne, le diagnostic de certitude ne peut être donné qu'après l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM

-:-

Les tumeurs villeuses du rectum sont de connaissance ancienne. Ce sont des tumeurs épithéliales qui se situent entre les tumeurs bénignes qui sont les polypes et les tumeurs malignes qui sont les épithéliomas.

Jusqu'aux recherches de Raoul Bensaude et de son école, deux conceptions s'affrontaient au sujet de la nature de ces tumeurs.

Quénu et Landel avec Hartmann distinguaient deux sortes de tumeurs épithéliales : les adénomes et les épithéliomas. Ils considéraient la tumeur villeuse comme un épithélioma, mais un épithélioma à évolution lente et végétant à la surface de la muqueuse.

A l'opposé, d'autres auteurs comme Gant, Strauss, Finck considéraient la tumeur villeuse comme une variété d'adénome.

Cependant, Rokitansky introduit la notion de deux variétés de tumeurs :

- la tumeur villeuse bénigne qui est un polype villeux,
- la tumeur villeuse maligne ou cancer dendritique.

Les recherches de Raoul Bensaude et de ses élèves Cain et Lambling, apportent la clarté sur ces tumeurs.

Ils considèrent la tumeur villeuse comme une néoformation qui n'est ni un adénome

ni un cancer, mais qui a son individualité propre. Ils différencient deux variétés de tumeur villeuse :

- les formes bénignes , mais qui ont tendance à dégénérer,
- les formes d'emblée malignes, parce que vues tardivement.

Les tumeurs villeuses (du rectum) se rencontrent à l'âge adulte et dans la vieillesse. C'est un fin chevelu de villosités qui donne à la tumeur un aspect velvétique très spécial. Ces villosités sont tantôt mobiles comme les franges d'une anémone de mer, tantôt agglutinées par un mucus visqueux et leur aspect est alors celui d'une fine mosaïque de couleur rose ou rouge. Ces tumeurs sont de consistance molle et gélatineuse et sécrètent abondamment un enduit glaireux translucide.

Trois types, au point de vue macroscopique, peuvent être individualisés :

- I - Tumeurs villeuses pédiculées
- II - Tumeurs villeuses sessiles
- III - Tumeurs multiples.

Du point de vue microscopique, ces tumeurs villeuses se classent en :

I - Tumeurs villeuses bénignes : franges villeuses dont la base s'insère sur le stroma qui repose sur les couches musculaires qu'il ne refoule jamais. Ces franges sont revêtues d'une couche de cellules cylindriques. Ces tumeurs bénignes évoluent souvent vers la malignité.

II - Tumeurs villeuses malignes, primitivement bénignes : les cellules de revêtement deviennent cylindro-cubiques avec

des mitoses atypiques. Le stroma est infiltré et la muscularis mucosae refoulée.

III - Cancer villeux : tumeur villeuse dendritique d'emblée maligne. Les franges villeuses sont tapissées d'un épithélium, ayant la structure du cancer classique.

Les tumeurs villeuses du rectum offrent avec les autres affections du rectum un syndrome rectal commun : hémorragies, écoulement muco-glaireux, modification des selles, phénomènes douloureux et prolapsus dans les tumeurs basses, - beaucoup plus rarement élimination de fragment de tumeur.

Pour poser le diagnostic, le toucher rectal et surtout la rectoscopie ont une importance cruciale, la radiographie ne montrant qu'une image floue.

TUMEURS VILLEUSES DE L'ESTOMAC

--

Individualisées pour la première fois en 1936 par Brulé, Cain, Moulonguet, Hillemand et Aubrun, elles ont été nommées ainsi par analogie avec les tumeurs villeuses du rectum.

Leur volume est celui d'une mandarine et leur forme arrondie. Elles se développent vers la lumière gastrique. Elles sont d'une seule pièce ou de caractère lobulé, elles sont soit sessiles, soit pédiculées.

On en distingue deux variétés macroscopiques :

I - Une forme typique présentant une série de lobes de consistance molle, à surface déchiquetée avec des arborisations. Cette forme rappelle les tumeurs villeuses du rectum (Observation I publiée en mars 1936 par M. Brulé et A. Cain, et Observations de deux tumeurs villeuses dégénérées de l'estomac publiées en 1957 par MM. le Professeur Jean Sènèque et C. L. Chatelin).

II - Une forme atypique se rapprochant du cancer ulcéro-végétant et présentant un relief abrasé (Observation II publiée par M. Brulé et A. Cain.)

Le caractère essentiel de ces tumeurs villeuses et commun à ces deux types, est que le plus souvent les ganglions sont indemnes et que l'extension de la tumeur en profondeur ne dépasse pas la sous-séreuse et s'arrête à la musculieuse sans l'entamer.

Au point de vue histologique, la villosité se développe en surface, les franges sont revêtues d'un épithélium de type intestinal, avec un aspect soit régulier, soit irrégulier avec tous les caractères de malignité, s'éloignant même totalement de la villosité normale. Le plus souvent du reste ces deux types de revêtement sont associés.

Ces tumeurs villeuses gastriques présentent une extension en profondeur, limitée et tardive, avec métastases ganglionnaires, rares, et viscérales, exceptionnelles.

Les signes cliniques sont comparables à ceux du cancer végétant. C'est une anorexie précocée avec anémie hypochrome (8 cas sur 10 rapportés par P. Marre). Parfois, le malade présente des nausées et des vomissements, une pesanteur épigastrique, des hémorragies.

Les signes radiologiques sont comparables également à ceux du cancer végétant. C'est l'image lacunaire de taille volumineuse, soit de type banal, soit de type lobé ou lobulé.

En conclusion, les tumeurs villeuses de l'estomac ont une extension en profondeur très limitée et leur mobilité permet l'opérabilité.

A côté des tumeurs villeuses gastriques proprement dites, A. Cain et R. Cattani ont rapporté un cas de tumeur villeuse du duodénum qui s'insinue sur toute la longueur du canal pylorique. Au niveau du duodénum, la tumeur présente les caractères classiques énumérés plus haut et comparables à ceux des tumeurs villeuses rectales. A savoir : tumeur à l'aspect d'un bourgeon rouge vif présentant un chevelu de franges villeuses superficielles. Ces franges villeuses ont un axe conjonctif et des cellules de revêtement de type intestinal. Mais à ces franges bénignes sont

juxtaposées des franges villeuses dégénérées avec des cellules de revêtement inégales, à noyaux volumineux, et avec des infiltrations lymphoplasmatiques.

Au niveau du canal pylorique la tumeur prend l'aspect d'un épithélioma glandulaire banal. En 1950, Joyeux de Montpellier rapporte le cas d'une tumeur adénomato-villeuse du duodénum. Elle présente les caractères précédemment énumérés pour les tumeurs villeuses gastriques, mais aux franges villeuses bénignes, ne sont pas juxtaposées des franges malignes.

En conclusion : Analogie entre les tumeurs villeuses de l'estomac et du rectum :

- Ces tumeurs prolifèrent sous l'apparence de franges plus ou moins ramifiées,

- Ces franges sont revêtues d'un épithélium de type intestinal.

- Ces tumeurs végètent et prolifèrent en surface et se développent tardivement en profondeur.

- La transformation maligne habituelle, à échéance souvent tardive, en est la caractéristique.

Bensaude conclut comme inéluctable la transformation des tumeurs villeuses du rectum.

Marré dans sa thèse sur les tumeurs villeuses de l'estomac, prétend que dans ces tumeurs, le processus vilieux n'est pas pur mais mixte. En effet, il y a généralement association de deux aspects histologiques différents, soit par exemple vilieux et glanduliforme, Dans ces tumeurs mixtes,

il y a toujours un processus de malignité juxtaposé.

Cependant nous avons vu une exception : Joyeux de Montpellier rapporte l'observation d'une tumeur villose entièrement bénigne où aucun processus de malignité n'était juxtaposé.

Enfin les tumeurs villoses de l'estomac présentent quelques différences avec les tumeurs villoses du rectum :

- Dans les tumeurs villoses gastriques, les villosités sont relativement courtes,

- Jamais, dans une tumeur villose de l'estomac, on ne trouve le processus villos à l'état pur.

TUMEURS VILLEUSES DES COLONS

-:-

HISTORIQUE

La première observation de tumeur villeuse du sigmoïde revient à A. Cain, qui la publie en Décembre 1931. Puis R. Bensaude, F. d'Al-Laines et Martin rapportent en Février 1937 l'observation d'une tumeur dégénérée du côlon transverse. Un an plus tard, Mallet-Guy, Croisat et Chapuy publient, dans le Lyon Chirurgical, l'observation d'une tumeur villeuse du sigmoïde.

En 1942, d'Allaines et Mazingarbe rapportent deux nouvelles observations concernant une tumeur du côlon ilio-pelvien et une tumeur du côlon transverse. Deux autres cas sont rapportés en janvier 1946, par E. Dellannoy, J. Paris et Verhaegue.

En 1952, P. Oury, avec P. Brocq et Melle Micoulaud, publient une nouvelle observation de tumeur villeuse du sigmoïde.

C'est sur les conseils du Docteur Pierre Oury et avec son aide ainsi que celle du Professeur Sénèque qui a bien voulu nous communiquer ses observations que nous avons apporté notre contribution à l'étude des tumeurs villeuses des côlons.

HISTOLOGIE

Nous avons vu brièvement dans notre recapitulation des tumeurs villeuses de l'estomac et du rectum les caractères et différences de ces tumeurs. Nous reprendrons une

classification et une étude histologique plus approfondie .

On différencie, au point de vue macroscopique trois types de tumeur villeuse :

I - Les tumeurs villeuses pédiculées :
leur taille oscille entre celle d'une cerise et d'un pruneau, rarement une orange. Le pédicule peut mesurer cinq à sept centimètres, parfois au contraire le pédicule est court et large.

II - Les tumeurs sessiles : houppe de végétations villeuses.

III - Les tumeurs multiples qui sont :

- soit des végétations villeuses diffuses,
- soit de petites houppes végétantes à peu de distance d'une tumeur à large pédicule.

Au point de vue histologique, on classe ces tumeurs en :

I - Tumeurs villeuses bénignes. Leur architecture générale représente des franges villeuses qui interrompent la continuité intestinale. L'extrémité de ces franges est sinueuse, parfois effilée en pointe de lance. La base de ces franges villeuses s'insère sur le stroma à des niveaux différents. Le stroma repose sur les couches musculaires qu'il ne refoule jamais, il est limité par la muscularis mucosae. Ces franges sont revêtues d'une couche régulière de cellules cylindriques disposées en palissade.

On retrouve au niveau de ces tumeurs les deux éléments constitutifs de la muqueuse intestinale : hautes cellules à plateau purement protoplasmiques, cellules mucipares exclusivement muqueuses.

II - On peut assister à la transformation maligne de ces tumeurs primitivement bénignes. Dans ces conditions, les cellules de revêtement deviennent cylindro-cubiques avec un noyau au centre de l'élément. Il devient volumineux, irrégulier et vacuolaire, présente des mitoses fréquentes et atypiques. Si l'évolution est plus ancienne, il y a un bouleversement architectural, les villosités perdent leur régularité, le stroma peut être infiltré de bourgeons pleins qui forcent la barrière de la muscularis mucosae (Observations N° 4 et 6).

III - La tumeur villeuse dendritique, d'emblée maligne, encore appelée cancer vilieux. Les villosités malignes, contrairement aux bénignes se dégagent en contre-bas de la muqueuse saine. Ces villosités sont de caractère anarchique avec un épithélium irrégulier.

L'axe conjonctif est réduit à un filament et la tumeur envahit vers la profondeur.

Ces tumeurs sont, suivant l'expression de Quénu, Landel et Hartmann "des tumeurs intermédiaires aux tumeurs bénignes et aux tumeurs malignes" :

- voisines de l'adénome du fait de leur large évolution purement superficielle et locale et de leur origine glandulaire vraisemblable ;

- proches du cancer en raison des caractères histologiques de l'épithélium et de la possibilité d'une évolution franchement maligne.

Cette évolution est presque toujours la règle dans les observations que nous avons rapportées.

SIGNES CLINIQUES

Les tumeurs villeuses des côlons n'ont aucune étiologie propre, elles surviennent généralement aux environs de la cinquantaine.

Nous envisagerons successivement dans notre étude les tumeurs villeuses du côlon sigmoïde et de la charnière recto-sigmoïdienne et les tumeurs villeuses plus haut situées.

A/- Dans les tumeurs villeuses du côlon sigmoïde et de la charnière recto-sigmoïdienne, les hémorragies sont souvent le seul symptôme.

Soit petite quantité de sang enrobant les selles, soit quelques gouttelettes de sang avant ou après les selles, accompagnées d'une douleur dans la fosse iliaque gauche (Observation de P. Brocq et P. Oury). Le malade présente un bon état général et aucun signe dans l'intervalle.

Dans les tumeurs du bas sigmoïde, aux émissions de sang rouge plus ou moins abondantes, avant ou après les selles, peuvent s'ajouter soit des évacuations glairo-sanguinolentes avec diarrhée (Observation du Lyon-Chirurgical, Mallet-Guy, Croisat et Chapuy), soit uniquement faux besoins et épreinte comme dans notre observation N° 3. Le diagnostic doit donc être évoqué à propos de ces hémorragies intestinales silencieuses et répétées.

Mais parfois les tumeurs villeuses du sigmoïde ne sont révélées que par une complication. C'est soit une invagination intestinale (cas du malade rapporté par A. Cain : invagination sigmoïdo-rectale entraînée par la tumeur villeuse du côlon sigmoïde), soit supuration et infection de la tumeur (cas rapporté par F. d'Allaines et Mazingarbe). Enfin la complication majeure est l'évolution vers

la malignité à plus ou moins longue échéance et c'est cette évolution qui figure dans nos observations N° 2 et 3.

Tandis que la rectoscopie est l'examen crucial pour faire le diagnostic des tumeurs du rectum, cette technique permettant facilement la visibilité jusqu'à 14 ou 15 cm, le résultat en devient beaucoup plus incertain lorsque la tumeur siège dans le bas sigmoïde, car dans ce cas la pénétration est incomplète. La tumeur reste invisible au-dessus de la limite de pénétration de l'endoscope et c'est là que la radiographie prend tous ses droits.

Dans le cas d'une lésion siégeant dans la partie haute du sigmoïde, la rectoscopie se révèle négative, et seul le lavement opaque peut montrer une image claire en cerise, déflect permanent (Observation N° 1).

B/- Nous étudierons maintenant les signes cliniques des tumeurs villeuses du côlon transverse et du côlon droit.

Les tumeurs villeuses ainsi situées sont très rares. En 1939, F. d'Allaines et Martin rapportent pour la première fois l'observation d'une tumeur villeuse du côlon transverse. Nous avons ici trois observations : la première relate une tumeur villeuse du bas-fond caecal, la seconde, une tumeur villeuse du côlon ascendant et la troisième du côlon transverse.

I - Nous envisagerons l'étude de la tumeur du fond caecal et celle du côlon ascendant, les groupant sous le terme de tumeur villeuse du côlon droit.

Dans nos observations, ces tumeurs se sont toujours révélées à l'occasion d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et c'est

l'intervention qui fit découvrir la tumeur. La malade qui présente la tumeur du caecum est entrée à l'hôpital pour une douleur de la fosse iliaque droite, une température à 37°8 et des vomissements. Cette symptomatologie avait fait poser le diagnostic de crise appendiculaire. Dans les mois suivants, elle accusait toujours une sensibilité de la fosse iliaque droite et une légère température, mais pas de leucocytose. Cependant, une légère anémie était constatée dans les mois qui précédèrent l'opération.

De même, le malade qui présentait la tumeur villeuse sous-angulo-colique droite est entré à l'hôpital pour une violente crise douloureuse de la fosse iliaque droite qui avait été rattachée à tort à une colique néphrétique. Les jours qui suivaient, il se plaignait d'une douleur à type de gonflement localisé dans la fosse iliaque droite que signaient bien les troubles colitiques et le début d'obstruction. Il présentait un bon état général, aucune tumeur palpable, mais leucocytose et légère anémie.

Dans ces deux cas, nous sommes en présence d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. Dans le premier cas le syndrome douloureux est aigu et fait penser à une crise appendiculaire ; dans le deuxième, c'est un syndrome douloureux chronique avec anémie.

Cette symptomatologie doit classiquement faire penser à une tumeur du côlon droit. "On ne saurait envisager, avec trop de circonspection, le diagnostic d'appendicite chez un individu ayant dépassé cinquante ans" (Roux et Le Tanuet).

Si le syndrome est chronique, on demandera un examen radiologique du côlon qui préci-

sera , s'il y a tumeur, les caractères de celle-ci sans permettre cependant de connaître sa nature, avant l'examen histologique post-opératoire.

II - Nous rapportons deux observations de tumeurs villeuses du côlon transverse. Dans l'observation de F. d'Allaines et Mazingarbe, c'est une femme qui présente depuis toujours des signes d'entéro-colite, puis apparition d'une hémorragie intestinale importante de sang rouge. C'est une symptomatologie qui évoque le diagnostic de tumeur des côlons sans préjuger ni de sa localisation ni de sa nature.

Dans l'observation que nous avons rapportée (N° 6) la malade entre dans le service pour occlusion du grêle. Elle présente dans ses antécédents des douleurs épigastriques, des hématomèses et du maelena.

Cette symptomatologie évoque une forme pseudo-gastrique des tumeurs du côlon transverse.

En conclusion, les tumeurs villeuses du côlon droit et du côlon transverse se révèlent par la symptomatologie habituelle des cancers du côlon. Mais les malades présentent un bon état général, sans anémie ni infection et cet état reste longtemps stationnaire.

Il convient de remarquer que nous n'avons pas ici comme dans les tumeurs villeuses du haut sigmoïde des hémorragies de sang rouge et des écoulements glaireux sanguinolents ; ceux-ci en effet sont enrobés par les matières en raison de la situation plus haute du côlon transverse et du côlon droit.

Le diagnostic repose donc avant tout sur l'examen radiologique, et plus encore sur l'examen de la pièce opératoire qui permettra

de déterminer la nature de la tumeur.

Les tumeurs villeuses du haut sigmoïde se révèlent par des hémorragies de sang rouge, les glaires sanguinolentes sont davantage le fait des tumeurs villeuses basses et accessibles à l'endoscopie. Parfois elles sont révélées par une complication : invagination, suppuration, dégénérescence.

La recto-sigmoïdoscopie avec biopsie n'apporte des renseignements que si la tumeur est bas située, car une tumeur haute à partir de 20 cm, provoque des spasmes sous-jacents qui arrêtent la progression endoscopique.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Pour l'examen de la morphologie colique, c'est l'opacification par voie rectale qui constitue la méthode de choix. L'examen radioscopique permet de suivre le cheminement du lavement et situe la zone suspecte.

TECHNIQUE

L'exploration radiologique de tous les segments du côlon est réalisée par le lavement baryté.

On place le malade en diverses positions et l'on suit grâce à la scopie la progression de ce lavement : successivement en décubitus dorsal et ventral tête déclive, puis inclinaison latérale gauche de manière à opacifier le côlon gauche. Ensuite il est couché sur le côté droit pour opacifier le transverse. La table est remise à l'horizontale, on interrompt l'administration de baryte lorsque le lavement atteint le début du transverse pour prendre les clichés du recto-sigmoïde et de la jonction recto-sigmoïdienne. Après examen des clichés, le lavement est poursuivi jus-

qu'au caecum et l'on s'efforce d'obtenir le remplissage des dernières anses du grêle.

Les angles coliques sont radiographiés sous incidence élective puis le côlon droit et la région iléo-caecale. On prendra ensuite un cliché d'ensemble. Après avoir multiplié les clichés au niveau de la zone suspecte, on terminera par une radiographie d'ensemble après évacuation.

Le point essentiel étant de voir tout le côlon, c'est-à-dire dissocier toute superposition et représenter, si possible, tous les segments sur le film dans leurs plus grandes dimensions sans image de fuite ou de coupe optique, si les artifices de compression, refoulant une anse colique ou écartant deux anses voisines, et, dans le même ordre d'idée, l'insufflation de la vessie (Gueret) pour le sigmoïde, se révèlent insuffisants, il faut avoir alors recours au rayon oblique (De Canuet, Calabet et Casalano). Cette méthode consiste, le sujet reposant sur la table d'examen en procubitus ou en légère inclinaison latérale, abdomen contre table, à le radiographier avec un rayon oblique à 30° sur la verticale et dirigé vers les pieds. On peut associer des positions transverses du patient.

Les épreuves pharmacodynamiques qui augmentent la tonicité et la motricité du côlon sont capables bien souvent, en réduisant le volume de l'intestin et la situation respective de ses coudures, d'aider à la dissociation.

RESULTATS

Le résultat des examens radiologiques montre une image lacunaire arrondie de surface très variable, souvent minime, n'excédant pas même parfois celle d'une cerise. Mais

pour avoir de la valeur, cette image doit être retrouvée sur tous les clichés au même endroit au cours d'examens successifs et ses contours doivent être superposables. Cette image lacunaire n'a rien de spécifique, c'est l'image classique des tumeurs coliques en général. Mais dans les tumeurs villeuses en particulier cette image présente la caractéristique de ne pas être homogène. La baryte pénètre et dessine des replis qui paraissent indiquer une véritable lobulation de la tumeur.

Comme signe de bénignité de cette tumeur existe la bordure intestinale et le liseré de sécurité qui doit être respecté (les parois du voisinage de la tumeur sont respectées dans l'observation N° 3).

Les images radiologiques sont essentielles. Elles permettent, lorsque l'éveil est donné par les signes cliniques, de préciser s'il y a tumeur, puis les caractères qui feront présumer de sa bénignité. Surtout, cet examen permettra la biopsie qui affirmera le diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel devra évoquer avant tout le polype bénin du sigmoïde et des côlons. Ce polype bénin ou adénome est une petite tumeur épithéliale, le plus souvent pédiculée, de consistance molle.

Histologiquement, il est formé d'un axe conjonctif naissant de la sous-muqueuse et recouvert d'un épithélium cylindrique. L'axe conjonctif contient l'arbre vasculaire du polype. L'épithélium de revêtement est constitué par une assise unique de cellules et est en continuité parfaite avec la muqueuse avoisinante. La muscularis mucosae se continue avec celle de la paroi colique.

Le diagnostic différentiel sera encore plus délicat lorsqu'il s'agit d'un polype villeux bénin de consistance fluide et d'aspect velouté.

Histologiquement, ce polype villeux présente des franges finement ramifiées, qui se détachent en hauteur par rapport à l'épithélium de revêtement.

Les polypes se révèlent soit par une hémorragie plus ou moins abondante, soit par de vagues douleurs abdominales, soit par un petit syndrome pseudo-dysentérique ou encore, mais rarement, par l'apparition du polype à l'anus.

La rectoscopie, si le polype siège sur le rectum, peut le faire apercevoir.

Le diagnostic différentiel entre la tumeur villeuse des côlons et le polype repose surtout sur l'examen radiologique. Le lavement baryté dessine également, pour le polype, comme pour la tumeur villeuse, une image lacunaire arrondie, mais cette image lacunaire est mobile, se déplace dans le sens du lavement et voyage exactement "comme la bulle d'air d'un niveau d'eau" (Jourde) lorsqu'on palpe le côlon sous l'écran. De face on peut voir une image à double contour en co-carde qui pour Arnous est pathognomonique. Si le cliché est pris pendant le lavement sous pression assez forte, on peut avoir une invagination colo-colique au niveau de la base du pédicule. Parfois seulement une image lacunaire se retrouvant sur tous les clichés à des niveaux différents et cette image n'est pas lobulée.

Il faudra évoquer également les autres tumeurs bénignes des côlons : endométrioses, fibromes, lipomes et angiomes. Elles ont

les mêmes manifestations cliniques, souvent frustes que la tumeur villeuse. Elles donnent à l'examen radiologique une image lacunaire, mais celle-ci n'est pas lobulée. Certaines présentent des caractéristiques propres : pour le lipome l'image sera déformée et changeante au cours de la contraction colique ; pour l'endométriome les hémorragies surviennent au moment des règles, les contours de la lésion sont très réguliers et l'image est plutôt celle d'un rétrécissement que d'une lacune vraie.

Ces tumeurs doivent être enlevées chirurgicalement et le diagnostic confirmé par l'examen histologique.

Il est évident que le cancer devra être évoqué avant tout. Nous avons vu que les signes cliniques que présentent les tumeurs villeuses sont comparables à ceux que l'on observe en cas de cancer. Le diagnostic différentiel repose sur la rectoscopie avec biopsie pour les tumeurs accessibles, sur les signes radiologiques si la tumeur est haut située. Le cancer des côlons entre autres images peut présenter une image lacunaire, mais cette image est associée à des signes de tumeur maligne : la bordure intestinale n'est plus régulière et il y a disparition du liseré de sécurité.

EVOLUTION

Les tumeurs villeuses des côlons sont caractérisées avant tout par leur évolution à bas bruit, avec un minimum de signes cliniques. Elles se produisent chez un malade en bon état général et qui gardera longtemps cet état par suite de la lenteur d'évolution de ces tumeurs.

Dans les tumeurs villeuses du côlon sigmoï-

de, comme dans celles du rectum, l'attention est attirée par de petites hémorragies de sang rouge avec parfois faux besoins, épreinte et écoulement glairo-sanguinolent. Mais les hémorragies ne sont pas assez importantes pour entraîner de l'anémie et le malade ne souffre pas ou très peu et présente un bon état général. Pendant très longtemps le malade ne s'inquiète pas et rapporte la cause de ces hémorragies sur le compte d'hypothétiques hémorroïdes, traitées certes sans résultat mais aussi sans dommage. On voit le malade dans ce cas à la suite d'une complication : soit invagination sigmoïdo-rectale (chez un malade qui présentait depuis deux ans des signes de recto-colite - observation de A. Cain), soit suppuration et infection (observation de F. d'Allaines et Mazingarbe).

Les tumeurs villeuses du côlon droit se manifestent par un syndrome douloureux soit aigu, soit chronique de la fosse iliaque droite. Le malade présente un état stationnaire pendant plusieurs mois avant que les signes cliniques et radiologiques ne décident à intervenir (observations N° 4 et 5).

Il en a été de même pour les tumeurs villeuses du côlon transverse. Aussi bien dans l'observation de R. Bensaude et F. d'Allaines que dans la nôtre (Observation N° 6), le syndrome aigu à type d'hémorragie pour la première et d'occlusion pour la seconde, a été précédé pendant plusieurs années de douleurs abdominales avec hématomatose et maelena.

Parfois cependant ces tumeurs évoluent assez rapidement. Dans notre Observation N° 2, la malade présente des pertes de sang au moment des selles depuis seulement trois mois et déjà un amaigrissement de cinq à six kilogrammes. Ici l'évolution a été rapide et

l'évolution vers la dégénérescence a été contrôlée par l'examen histologique.

Que ces tumeurs évoluent lentement comme c'est l'habitude ou, exceptionnellement, rapidement, comme c'est le cas dans notre observation N° 2, l'évolution se fait presque certainement vers la dégénérescence cancéreuse.

Les tumeurs villeuses du sigmoïde comme celles du rectum étant d'un abord plus facile sont souvent découvertes à un stade bénin. Sur 31 cas de tumeurs villeuses du rectum, Lambling relève 18 cas de tumeurs bénignes et 13 cas de formes dégénérées.

On a décrit les signes cliniques qui signalent le début de dégénérescence. A la rectoscopie, on apercevrait sur la tumeur des zones limitées de coloration plus foncée, saignant au contact du tube. A un stade plus avancé, on pourra voir des signes de compression et d'extension, mais ces signes n'apparaissent que tardivement. En effet, ici encore, la biopsie précisera le stade d'évolution, les prélèvements étant effectués sur les zones d'apparence normale et sur celles d'apparence douteuse.

Les tumeurs du côlon droit et transverse sont découvertes à la suite d'une complication alors qu'elle sont déjà au stade de dégénérescence. C'était le cas dans les quatre observations du côlon droit et du côlon transverse que nous avons rapportées.

Inversement, la tumeur villeuse est souvent une découverte opératoire. Dans une parution récente "Réflexions à propos de 40 cas de cancer du côlon droit (Professeur Sénèque et C.L. Chatelin), l'examen histologique de 31 pièces opératoires a découvert 3 cas de tumeurs villeuses dégénérées.

Si la tumeur villeuse est caractérisée par son évolution lente, elle est aussi caractérisée "par la limitation de ses lésions et la rareté de sa propagation ganglionnaire" (Lambling). Si ceci est vrai pour la tumeur villeuse du rectum, il en est de même pour la tumeur villeuse de l'estomac qui a une tendance à l'extension en surface. "Ces tumeurs ont un pouvoir infiltratif peu marqué". Lorsque l'extension en profondeur s'observe, elle est souvent très limitée. Dans la moitié des cas, aucun envahissement lymphatique ni ganglionnaire n'est retrouvé.

Pour les tumeurs du sigmoïde, d'après les observations que nous avons rapportées, nous ne voyons une extension ganglionnaire et en profondeur qu'exceptionnellement. Dans l'observation N° 3 cependant, nous voyons un minuscule bourgeon néoplasique qui s'enfonce dans la muscularis mucosae.

Etant donné la pauvreté des signes cliniques des tumeurs du côlon droit et du côlon transverse, nous les voyons à un stade assez tardif de leur évolution pour que l'extension ganglionnaire et en profondeur se voie plus facilement, et soit même de règle dans les observations que nous avons rapportées. Dans l'observation N° 5 un ganglion est déjà envahi et dans l'observation N° 4, il y a envahissement des nodules lymphoïdes et de la musculuse. Il en est de même dans notre observation N° 6 où la muscularis mucosae est complètement effondrée. Nous rapporterons à titre d'exemple sur le mode d'évolution de ces tumeurs villeuses, la publication de E. Fish et A.F. Castra (Washington). Ces auteurs citent le cas de quatre tumeurs villeuses. Deux de ces tumeurs sont localisées sur la partie moyenne du rectum, une sur le sigmoïde, une sur le côlon ascendant. Chacune de ces tumeurs,

disent ces auteurs américains "avaient une surface villeuse saillante supportée par une large base", l'aspect de ces tumeurs était comparable à celui "d'arbres dans une forêt". Histologiquement, toutes ces tumeurs révélaient de multiples travées de cancer "in situ". Le cancer superficiel était évident dans deux cas où l'on trouvait deux travées distinctes de transformation cancéreuse. Le cancer envahissant était évident dans trois cas : dans l'un quatre travées distinctes mesurant 2 à 3 mm dont deux avaient envahi la couche longitudinale de la musculaire externe ; dans un autre cas on retrouvait deux travées cancéreuses envahissantes.

Tableau synoptique
des observations de Fish et Castra

CAS	CANCER "IN SITU"	SUPERFICIEL	ENVAHISSANT
I-T.V.Rectum	2 travées	0 travée	4 travées
II "	3 "	2 "	0 "
III-T.V.Sigmoïde	2 "	2 "	1 "
IV-T.V.Côlon	2 "	0 "	2 "

Donc l'évolution des tumeurs villeuses peut être résumée ainsi :

- C'est une évolution lente.

- C'est une évolution vers la dégénérescence cancéreuse.

Mais on observe généralement une limitation des lésions et une propagation ganglionnaire rare.

TRAITEMENT

Dans les tumeurs villeuses du rectum, deux possibilités de traitement : l'électro-coagulation pour les tumeurs villeuses bénignes de petit volume, bien pédiculées et que leur siège rend facilement accessibles au contact destructeur. Mais la fulguration donne parfois un coup de fouet à l'évolution maligne et ne doit jamais être employée de manière aveugle en cas de tumeur haut située. C'est enfin le traitement chirurgical qui est le traitement de choix. Ce sera également le seul des tumeurs villeuses du côlon.

Toute tumeur villeuse dès qu'elle est découverte doit être enlevée chirurgicalement en totalité. L'excision doit comprendre la base d'implantation et une collerette de muqueuse environnante d'au moins un centimètre de large.

Si la tumeur siège sur le sigmoïde il faudra faire une résection partielle ou totale du segment sigmoïdien sur lequel la tumeur s'insère (observation N° 2). La pièce opératoire doit être examinée par des coupes histologiques en série. La découverte d'une zone de dégénérescence même limitée doit entraîner une intervention avec exérèse large comme pour un cancer. Il faudra suivre le malade car il peut se produire une récurrence en un autre point.

Dans le cas de notre observation N° I, la tumeur avait la forme d'un polype bilobé, pédiculé sur la muqueuse. On s'est borné à faire une excision du pédicule. La tumeur étant bénigne, on suivra le malade tous les six mois. Si le moindre signe fonctionnel réapparaît, on peut penser : soit à une récurrence de la tumeur "in situ", soit à une récurrence en un autre point. Elle peut même renaître.

tre sous la forme d'une tumeur maligne d'emblée. La résection segmentaire est donc préférable.

Dans les tumeurs villeuses du côlon droit, la colectomie ne devra plus être segmentaire, mais on devra faire une colectomie typique, comme s'il s'agissait d'un cancer de type classique. Hémicolectomie droite avec rétablissement de la continuité par anastomose latéro-latérale (observations N° 4 et 5).

Pour les tumeurs villeuses du côlon transverse, on sectionnera en aval de la tumeur et la continuité sera rétablie par anastomose iléo-transversaire latéro-latérale en deux plans (Observation N° 6).

OBSERVATIONS

--

A. CAIN (Décembre 1931) : Tumeur villeuse du Sigmoidé.

Une femme de 34 ans présente depuis 1929 des signes très nets de rectocolite, sans que la rectoscopie, ni la radiographie apportent le moindre renseignement.

On revoit cette femme deux ans plus tard pour prolapsus anal du sigmoidé. L'intervention effectuée lors de l'étranglement du prolapsus permet de découvrir une tumeur villeuse.

o

MALLET-GUY, CROISAT et CHAPUY (Janvier 1938):
Tumeur villeuse du sigmoidé.

Un homme de 57 ans présente depuis août 1936 : des glaires anales, un prurit, une diarrhée fréquente, un mauvais état général et des douleurs épigastriques apparues en dernier lieu.

La radiographie ne montre rien. La rectoscopie jusqu'à 18 cm est également négative, mais plus haut à gauche, on aperçoit une tumeur d'aspect végétant, étalée, non indurée. Le prélèvement et le diagnostic histologique font de celle-ci une tumeur villeuse.

o

F. d'ALLAINES et MAZINGARBE (1942) : Tumeur villeuse du Sigmoidé.

Un homme âgé de 41 ans entre à l'hôpital pour un état fébrile, une douleur lombaire

gauche, des hémorragies intestinales apparues depuis deux ans, Il présentait depuis 3 à 4 ans des troubles intestinaux avec des alternatives de constipation et de diarrhée. Il présenta un phlegmon périnéphrétique dont il fut opéré.

La persistance des hémorragies rectales fait pratiquer une radiographie qui révèle une image lacunaire. La tumeur enlevée est de type vilieux.

E. DELANNOY, J. PARIS et M. VERHAEGUE (Janvier 1946) : Tumeur vilieuse du sigmoïde.

Une femme de 61 ans, opérée, après 10 ans de troubles non imputés à cette tumeur, que ni la radio ni la rectoscopie n'avaient montrée et que l'histologie révéla comme tumeur vilieuse dégénérée.

°°°

OBSERVATION N° I

(P. BROCCQ, P. OURY et S. MICOULAUD)
Tumeur vilieuse du haut sigmoïde.

L'observation concerne un homme de 49 ans :

En juin 1950, en pleine santé apparente, sans aucun phénomène douloureux, constatation d'une petite quantité de sang enrobant les selles.

Ce phénomène reste absolument isolé et n'inquiète pas le malade jusqu'en mai 1951. A cette époque, reprise des hémorragies qui restent aussi minimales : elles surviennent en gouttes tous les deux à trois jours, aussi bien avant qu'après les selles, mais jamais en dehors. En même temps apparaît une douleur fixe dans

la fosse iliaque gauche, sans irradiations, persistant plusieurs heures par jour et nullement rythmée par les repas.

Aucun autre trouble en dehors de cette douleur et de ces hémorragies minimales.

L'examen montre un ventre souple, avec uniquement dans la fosse iliaque gauche l'exacerbation de la douleur spontanée à l'occasion de la palpation.

Deux rectoscopies sont absolument négatives jusqu'à 18 cm. Par contre, un premier lavement opaque pratiqué par Madame Tedesco permet de soupçonner un "Defect" au bord gauche d'une anse sigmoïde longue. Quinze jours après, une nouvelle radio se montre plus nette et confirme la suspicion antérieure.

Sur les clichés, on constate une image de defect arrondie, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, siégeant sur l'anse sigmoïdienne. Cette image se retrouve sur tous les clichés, sous toutes les incidences et à compression dosée. Le remplissage de l'anse sigmoïdienne longue est parfaitement homogène, sans striction, ni au-dessus, ni au-dessous.

La vue de cette image fait penser à une tumeur bénigne. C'est dans ces conditions que nous adressons le malade à Pierre Brocq. L'opération est pratiquée le 17 juillet : Incision iliaque gauche ; extériorisation du sigmoïde, on y sent à la partie moyenne un corps rond, gros comme une petite noix et fixe.

Ouverture du côlon, extériorisation d'un

polype bilobé, pédiculé sur la muqueuse, au niveau de la zone du méso. Ligature par transfixion du pédicule, qui est large. Excision du pédicule. Fermeture du côlon en trois plans, à points séparés.

L'examen histologique conclut : Tumeur villeuse, polypeuse, très végétante, mais ne présentant pas d'infiltration du pédicule d'implantation.

°°°

OBSERVATION N° 2

(Professeur SENEQUE : Tumeur villeuse du Sigmoidé)

Madame DEM..., âgée de 65 ans, consulte le Docteur Beaugeard au mois de décembre 1951. En effet, depuis trois mois, elle perd un peu de sang par l'anus au moment des selles. Ces pertes de sang ne sont jamais accompagnées de crises douloureuses abdominales ni de troubles du transit. Mais la malade maigrit de 5 à 6 kg en quelques mois.

Le Docteur Beaugeard pratique un lavement baryté qui décèle une petite image arrondie de defect, alors que l'endoscopie jusqu'à 15 cm était négative.

La malade est opérée le 11 Janvier 1952. L'examen de la pièce opératoire conclut : Tumeur villeuse apparemment bénigne, mais dont certaines villosités sont en voie de dégénérescence maligne mucipare.

L'opération pratiquée par le Professeur Sèneque a été une résection segmentaire sigmoïdienne avec suture termino-terminale.

Examens de laboratoire : Globules Rouges à 4.380.000, les globules blancs à 7.400, un taux d'hémoglobine à 95 % et de prothrombine à 48 %, l'urée est à 0,50

°°

OBSERVATION N° 3

(Professeur SENEQUE : Tumeur villeuse de la charnière recto-sigmoïdienne).

Monsieur SCH..., âgé de 54 ans, souffre depuis de nombreuses années d'hémorroïdes entraînant des émissions de sang rouge plus ou moins abondantes après les selles, et quelques signes fonctionnels à type de faux besoins et d'épreintes.

Mais, depuis quelque temps, le malade est obligé d'aller plusieurs fois à la selle par jour. Ses matières ne sont pas diarrhéiques mais elles sont suivies d'hémorragies de sang foncé survenant épisodiquement et jamais abondantes. D'autre part, le malade ne présente pas de troubles gastriques ni coliques.

Le malade consulte alors le Docteur Sterboul. Celui-ci pratique une rectoscopie qui révèle à 13 cm du sphincter une formation sessile polypoïde. Il fait une biopsie. Le malade consulte alors le Professeur Sènèque qui fait hospitaliser le malade.

A son entrée, le malade présente un bon état général, pas de température, pas de troubles urinaires et pas de douleurs pelviennes. La rectoscopie, pratiquée le 27/6/55 montre sur la face antérieure de l'ampoule rectale la présence de végétations d'aspect villeux. Elles ne sont pas sténosantes, elles semblent souples sous le rectoscope, elles

ont une extension continue depuis la face antérieure de l'ampoule rectale et du sigmoïde.

La radiographie montre une lacune intéressant le bas sigmoïde et la charnière rectosigmoïdienne aux dépens de leur face antérieure. Elle paraît s'étendre sur une dizaine de centimètres, et les parois à son voisinage sont respectées.

Le compte rendu de l'examen histologique précise qu'il s'agit d'une tumeur villeuse étendue en surface, mais qui respecte la basale et la muscularis mucosae sous-jacente, sauf en un point où un bourgeon néoplasique minuscule s'enfonce en plein vaisseau lymphatique de la muscularis mucosae. La tumeur bourgeonne en surface et l'on trouve de nombreuses mitoses, pour la plupart typiques et des divisions directes aux noyaux très polymorphes.

On peut conclure qu'il s'agit d'une tumeur villeuse prise à son extrême début de dégénérescence. Six ganglions ont été examinés : aucun n'est envahi.

°°°

OBSERVATION N° 4

(Professeur SENEQUE : Tumeur villeuse du fond caecal).

Madame GUE..., âgée de 66 ans est hospitalisée du 1/4/52 au 28/4/52 pour un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite, température et vomissements. Elle avait été envoyée par son médecin pour appendicectomie.

Le 27/5/52, la malade présente toujours une

température oscillante entre 37° et 38° et à l'examen une sensibilité au point de Mac Burney. Des radiographies sont demandées. Elles révèlent une image tumorale au niveau du caecum. L'intervention est pratiquée le 11/6/52 : Appendicectomie et résection de l'intestin. L'examen histologique d'un fragment d'appendice fistulisé dans le grêle (Dr Coty) révèle qu'il s'agit d'une tumeur villeuse dégénérée, avec formation typique d'épithéliomas cylindrique envahissant les nodules lymphoïdes et la musculuse de la paroi sous-jacente.

Le 8/7/52, on pratique une résection intestinale avec hémicolectomie droite.

Les examens de laboratoire le 27/5/52 montraient un taux de globules rouges à 3.980.000 et un taux de globules blancs à 8.200.

°°°

OBSERVATION N° 5

(Professeur SENEQUE : Tumeur villeuse du côlon ascendant)

Monsieur BOR..., âgé de 57 ans, présente brusquement en février 1951 une violente crise douloureuse du flanc droit avec irradiations descendantes, qualifiée de colique néphrétique. Puis, douleurs plus sourdes avec sensation de gonflement, localisées dans la fosse iliaque droite.

Au mois de Mars 1951, au moment où l'on pratique les radios du côlon le malade ne souffre plus du tout, il ne présente aucune altération de l'état général.

Les premières radiographies le 13/3/51 révèlent une tumeur sous-angulo-colique droite. De nouvelles radiographies le 3/4/51 révèlent une image de tumeur du côlon ascendant invaginé.

Intervention le 6/4/51, le Professeur Sénèque fait une hémicolectomie droite. On trouve une volumineuse tumeur bourgeonnante.

L'examen histologique de la pièce opératoire montre qu'il s'agit d'une tumeur vil-leuse en pleine dégénérescence néoplasique. Sur trois ganglions examinés, un est envahi.

Les examens de laboratoire ont montré un taux de globules rouges à 3.960.000, un taux de globules blancs à 21.800, le taux de l'hémoglobine est à 80 %.

°°°

OBSERVATION de R. BENS AUDE, F. d'ALLAINES et MARTIN (février 1937) - Tumeur vil-leuse du côlon transverse.

Une femme de 64 ans est atteinte de colite chronique depuis toujours. Elle souffre depuis trois mois d'hémorragies intestinales. Le début a été brutal, en pleine santé, sans douleur par une hémorragie d'un demi-litre de sang rouge. Depuis, les hémorragies se sont reproduites à sept ou huit reprises sous la forme de sang rouge survenant en dehors des selles.

La malade se plaint de légères douleurs sans localisation précise.

La malade est radiographiée en avril 1936. Le côlon se remplit facilement jusqu'à la partie droite du transverse, à ce niveau

image lacunaire qui fait poser le diagnostic de tumeur du côlon à opérer.

La première intervention est pratiquée le 8/4/36 : Laparotomie médiane, section de l'iléon à 35 cm du caecum. Le bout inférieur est fermé et enfoui, le bout supérieur est anastomosé avec le côlon transverse à 25 cm en aval de la tumeur. Les suites sont d'abord normales, puis la malade présente des crises douloureuses périodiques abdominales et des émissions de glaires sanguinolentes, de la diarrhée séreuse. Sa température oscille entre 38° et 38°5.

Une nouvelle intervention est décidée et on fait une résection de l'iléon.

L'examen de la pièce opératoire révèle une tumeur en chou-fleur. L'examen histologique de cette tumeur révèle un "épithélioma cylindrique végétant faiblement mucipare". Un examen attentif montre la présence sur la muqueuse voisine en dehors de toute infiltration tumorale d'îlots de transformation caractérisés par un aspect vilieux. On passe insensiblement ici de la tumeur vilieuse en surface à l'épithélioma envahissant.

Conclusion : il s'agit d'une tumeur vilieuse dégénérée.

°°°

OBSERVATION N° 6

(Professeur SENEQUE : Tumeur vilieuse du côlon transverse).

Madame JAC..., âgée de 66 ans, entre à l'hôpital le 3/3/57 pour occlusion du grêle.

Elle présente des douleurs abdominales à

type de coliques d'apparition brutales, évoluant par paroxysmes et irradiant à tout l'abdomen, des vomissements et arrêt des gaz depuis 48 heures.

On intervient le jour même. On trouve une adhérence du grand épiploon à la paroi et au-dessous on découvre des anses dilatées et la dernière anse grêle qui adhère au ligament lombo-ovarien sur 10 cm. L'annexe droite est normale. Section de cette large bride, et réintégration.

Dans les antécédents de la malade, on retrouve que depuis 1953 elle a présenté des hématomésos et du mélaena, de rares douleurs épigastriques survenant vers 5 h le soir.

On intervient de nouveau le 1/4/57 car depuis trois jours la malade présente de nouveau des douleurs à type de coliques très violentes, un abdomen dilaté, des selles diarrhéiques peu abondantes.

Intervention par incision oblique iliaque droite : il s'agit d'une volumineuse tumeur du côlon transverse avec de grosses adénopathies mésentériques, mais sans métastases hépatiques ou péritonéales. Section du côlon transverse très à gauche de la ligne médiane et fermeture en deux plans. Résection de 30 cm d'iléon et fermeture du bout iléal. Rétablissement de la continuité par anastomose iléo-transversaire latéro-latérale en deux plans.

L'analyse anatomo-pathologique de la tumeur montre qu'il s'agit d'une tumeur villeuse reposant sur une muscularis mucosae effondrée par places, avec des noyaux néoplasiques qui s'insinuent dans la sous-muqueuse et aboutissent à un néoplasme mucipare caractéristique.

CONCLUSIONS

-:-

Dans cette modeste contribution à l'étude des tumeurs villeuses du côlon, nous nous sommes efforcés de montrer :

1° qu'il est possible de rencontrer ce type de tumeurs aussi bien au niveau du côlon transverse, du côlon droit que de la région caecale.

2° que leur symptomatologie est dans la plupart des cas extrêmement discrète et risque de conduire à des erreurs diagnostiques.

3° Que l'examen radiologique après lavement baryté peut permettre par l'aspect de l'image d'évoquer l'éventualité de ce type de tumeur.

4° Que seul l'examen histologique confirmera le diagnostic et montrera en outre s'il y a début ou non de dégénérescence maligne.

5° Qu'inéluctablement, sans traitement, à plus ou moins brève échéance, la tumeur villeuse dégénère vers la malignité.

6° Que l'unique traitement de certitude est l'ablation chirurgicale large de la tumeur.

7° Qu'enfin, il est possible de voir des récidives soit locales, soit à distance.

Si les tumeurs villeuses du rectum ont une part importante dans la pathologie rectale, si les tumeurs villeuses de l'estomac, plus rares et de diagnostic plus difficile, ont été assez souvent décrites, les tumeurs villeuses du côlon par la discrétion des signes cliniques au début de leur évolution, par la transformation qui est pratiquement la règle, ont longtemps échappé à l'observation et n'étaient pas individualisées des cancers.

Le pronostic plus favorable de ces tumeurs villeuses du côlon méritait donc de les individualiser des formations d'emblée malignes.

--

Vu :
Le Président :
signé : J. SENEQUE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--:

d'ALLAINES, MAZINGARBE

Tumeurs villeuses du côlon

Arch.Mal.App.Dig. 1942 T 31 p. 191-201

ARNOUS, GIBERT, QURMEVAT

A propos de deux cas de polypes sigmoïdiens affirmés par la radiologie et non perçus par le chirurgien

Arch.Mal.App.Dig. 1952 T. 41 p. 198

A. BENSAUDE

Evolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum. Son importance pour la prophylaxie du cancer du rectum

Thèse Paris 1937 n° 187

P. BROCCQ, P. OURY, S. MICOULAUD

Les tumeurs villeuses du sigmoïde

Arch.Mal.App.Dig. 1952 T. 41 n° 5
p. 566-570

A. CAIN

Histoire d'une tumeur villeuse du sigmoïde

Arch.Mal.App.Dig. 1931 T. 21 n° 10
p. 1237-1242

DEBRAY, LE CANUET, C.L. CHATELIN, PETIT

Les polypes isolés du côlon et leurs signes de dégénérescence néoplasique

Arch.Mal.App.Dig. 1954 T. 43 n° 78
p. 834

E. DELANNOY, J. PARIS, M. VERHAEGUE

Tumeurs villeuses de l'S iliaque

Société de Gastro-Entérologie du Nord

Arch.Mal.App.Dig. Janv. 1946 p. 346-349

W. FAUSLER , C. NEUMEISTER

Precancerous lesions of Rectum and
Colon
Lancet T. 6 n° 9 Sept. 1956 p. 258-
260

L. GONDARD, E. NEGRE, R. LAMBATIERE

Tumeur villeuse de l'estomac en voie
de dégénérescence étroitement localisée
Arch.Mal.App.Dig. T. 46 n° 1 et 2
Janv-Févr. 1957

JOYEUX

Tumeurs bénignes du duodénum
Jour.Chir. Juin-Juil. 1950 n° 6-7
p. 437-438

LAMBLING

Les tumeurs villeuses du rectum
Thèse Paris 1928

MALLET-GUY, CROIZAT, CHAPUIS

Tumeur villeuse du côlon sigmoïde
Lyon Chirurgical 1938 T. 35 n° 1 p. 77-81

P. MARRE

Tumeurs villeuses de l'estomac
Thèse Paris 1942

A. MOUCHET, Ch. DEBRAY, B. DUPERRAT

Tumeur villeuse bénigne de l'estomac
chez un sujet porteur d'un néoplasme
médiogastrique
Arch.Mal.App.Dig. Avr. 1949 t. 38 n° 3-
4 pp. 266

MOULONGUET

Tumeur villeuse de l'estomac
Arch.Mal.App.Dig. t. 31 n° 6-7 Sept-
Oct. 1942 pp. 244-248

S. RACHET, BUSSON, MORIN, REY

A propos d'un cas de cancer villeux
de l'estomac

Arch.Mal.App.Dig. t. 35 n° 6-7 Juin
1946 p. 201

M. ROUX, F. CARCASSONNE, R. LE CANUET

Cancer du côlon

Paris Masson 1955

in° 8° 144.571

J. SENEQUE, C.L. CHATELIN

Réflexions à propos de 40 cas de can-
cers du côlon droit

Paris Journal de Chirurgie Janv. 1957
t. 73 n° 1

Tumeur villeuse dégénérée de l'estomac
Journal de Chirurgie t. 74 n° 3
1957 pp. 221-230

R. WOHRER

Contribution à l'étude radiologique
de certaines tumeurs du sigmoïde

Thèse Paris 1955 n° 160

ZIEGLER

Polypes solitaires du côlon

Thèse Paris 1953 n° 264

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père .

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

